

CARTAS AL DIRECTOR

1. Miyaura K, Matsuka I, Morita M, Yamashita A, Watanabe T. Comparison of biting forces in different age and sex groups: a study of biting efficiency with mobile and non-mobile teeth. *J Oral Rehabil.* 1999;26:223-7.
2. McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ. The reasons for extraction of permanent teeth in Scotland: a 15-year follow-up study. *Br Dent J.* 2001;190:658-62.
3. Agerholm D. Reasons for extraction by dental practitioners in England and Wales: a comparison with 1986 and variations between regions. *J Dent.* 2001;29:237-41.
4. Reich E, Hiller KA. Reasons for tooth extraction in the western states of Germany. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21:379-83.
5. Aida J, Ando Y, Akhter R, Aoyama H, Masui M, Morita M. Reasons for permanent tooth extractions in Japan. *J Epidemiol.* 2006;16:214-9.

Prevención del *burnout* con el enfoque biopsicosocial

Sr. Director: Estamos de acuerdo con los Dres. León-Sanromá¹ y Tizón² en que abordar los aspectos emocionales en la relación asistencial conlleva satisfacciones y previenen sentirse quemado en la atención primaria. Así lo hemos experimentado cada vez que usamos el enfoque holístico con los pacientes. Consideramos que la difusión de casos como el que presentamos aquí es importante para motivar a los médicos de familia y difundir el modelo de la atención integral que conlleva ahorro de visitas posteriores y satisfacciones para los pacientes y sus médicos. Esta difusión es tan importante como la acción política que comenta el Dr. Tizón^{2,3}.

Mujer de 40 años con antecedentes familiares de migraña en su madre. En su historia personal destacan: obesidad, con IMC > 50 desde 2002; hipertensión arterial y migraña desde 1999. Su tratamiento habitual es atenolol y fluoxetina. Desde marzo de 2007, su cefalea se hace diaria y bilateral y no mejora con diversos triptanes. En las visitas de atención continuada, la exploración

Palabras clave: Atención primaria. Modelo biopsicosocial.

TABLA 1 Entrevista biopsicosocial

Esquema	Técnicas
Cordialidad y escucha activa	Salutación, clima de confianza, empatía, pregunta abierta, etc.
Delimitar la demanda y creencias de atribución	¿Cómo, dónde, cuándo, qué lo aumenta? ¿A qué lo atribuye? ¿Con qué lo relaciona?
Manejo de las emociones	Comunicación no verbal, empatía verbal, señalamientos. ¿Cómo se siente? Interpretaciones
Salto psicosocial	¿Cómo le van las cosas, en la familia, el trabajo, etc.? ¿Ha tenido cambios en su vida?
Exploración psicológica	Tristeza, alteración del sueño, estrés, tensión nerviosa...
Síntesis de los problemas	Dar información y comprobar la asimilación
Plan terapéutico	Enunciar, pedir opinión y negociar el plan (actitud expectante, fármacos, educación conductual, biblioterapia, terapia de solución de problemas, derivaciones)

Modificado de Bellon Saameño⁴.

es normal y el dolor mejora parcialmente con diazepam y analgésicos. En dos ocasiones se la deriva a urgencias del hospital. El 2 de abril le tramitamos la baja laboral y el 11 de mayo le aumentamos la dosis de fluoxetina y le agregamos un ansiolítico. El 21 de mayo, ante la persistencia de su dolor, le realizamos una visita de media hora, en la cual se revaloró su diagnóstico como cefalea tensional, y se la entrevistó con enfoque biopsicosocial⁴ (tabla 1); la paciente comenta un problema que la angustia de hace unos meses: la relación con su suegra. Se le explica que podemos ayudarla con la terapia de resolución de problemas⁵, de la que comentamos sus fases. El 25 de mayo, la paciente ha mejorado y dice que fue de gran ayuda la última entrevista, y ya ha puesto en práctica una solución que ha pensado: hacerse respetar. Una semana más tarde la paciente no tiene dolor, su clínica depresiva y su relación familiar han mejorado y le damos el alta. En las dos visitas que realiza por otros motivos en junio y en agosto, la paciente sigue sin dolor y nosotros seguimos sin salir de nuestro asombro.

**Josep Lluís Llor Vilà
y Sonia Jiménez Delgado**

CAP Deltebre. Deltebre. Tarragona. España.

1. León-Sanromá M. El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Aten Primaria.* 2007;39:451.
2. Tizón JL. El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica. Respuesta del autor. *Aten Primaria.* 2007;39:451-2.
3. Tizón JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología,

política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria.* 2007;39:93-7.

4. Bellon Saameño JA. Problemas psicosociales. En: *Guía de Actuación en Atención Primaria*. Barcelona: semFYC; 2006. p. 488-92.
5. García-Campayo J, Claraco Vega LM, Tazón P, et al. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección en atención primaria. *Aten Primaria.* 1999; 24:594-601.

Psicoterapias y relación médico-paciente

Sr. Director: El caso remitido a propósito del artículo del Dr. Tizón¹ y de mi carta² es interesante y me sugiere algunas reflexiones. La enfermedad no existe aislada de los contextos³, excepto en el ámbito académico. El abordaje holístico de los pacientes es indispensable para entender el significado del síntoma en cada paciente. Aunque requiera algo más de tiempo en las primeras visitas. Limitarnos al abordaje biopsicosocial en primaria es parcializar la realidad y puede someter al paciente a pruebas complementarias innecesarias, aumentar el gasto y demorar la curación. Por lo que se refiere a las técnicas psicoterapéuticas, nos encontramos con que, en un mundo de marcas comerciales, se da mucha importancia al nombre con que se han bautizado, por otro lado imprescindible para ha-

Palabras clave: Atención primaria. Modelo biopsicosocial. Relación. Comunicación.

cer estudios y encontrar niveles de evidencia con cada una de ellas. Pero en los estudios no se suele tener en cuenta la actitud del profesional que las pone en práctica. Y la actitud del profesional y el modo en que éste se relaciona con el paciente son fundamentales. No me refiero sólo a las habilidades en comunicación que se aprenden en los cursos de entrevista clínica, tan importantes sin duda, sino a la relación profunda entre dos personas, una en demanda de ayuda y la otra intentando comprender y ayudar porque siente que el otro no le es ajeno. Esta relación es la transferencia y la contratransferencia, que bien empleada es un potente «fármaco», como decía Balint⁴. Los resultados en el caso expuesto indican que el remitente estableció una buena relación terapéutica que le permitió escuchar, contener, entender, y así propiciar que la paciente pudiera conectar con sus emociones y encontrar la mejor solución. Realmente esa experiencia emocional de la relación resulta asombrosa, especialmente al principio, y es enriquecedora siempre. Si a medida que pasa el tiempo y va aplicando la técnica psicoterapéutica en diferentes pacientes la terapia queda bien interiorizada por el profesional, como algo propio, quizá se olvidará de los nombres de los apartados del esquema, quizá variará el número de sesiones, pero será tanto o más efectiva que al principio. Seguro que esa forma de abordaje es apasionante y evita quemarse en el ejercicio de la profesión.

María León-Sanromà

EAP La Gavarra. Institut Català de la Salut.
SAP Baix Llobregat Centre.
Unidad Docente de Medicina Familiar
y Comunitaria Costa de Ponent. Cornellà
de Llobregat. Barcelona. España.

El médico de familia como factor de riesgo

Sr. Director: Hemos leído con mucho interés la carta¹ titulada «El médico general como “factor de riesgo” de la gangrena de Fournier», y nos gustaría hacer al respecto algunos comentarios.

Coincidimos con los autores en que es muy importante el conocimiento de la patología perianal y su correcto diagnóstico y tratamiento². Sin embargo, consideramos del todo desafortunado e infundado el título que han elegido para presentarlo, que sitúa al médico de familia como un factor de riesgo de una enfermedad que en muchas ocasiones es irremediablemente mortal.

No tenemos dudas de que la intención de los autores ha sido exponer la importancia de la patología que les ocupa y preocupa. De hecho, el mensaje es excelente y no hay dudas de que los autores son expertos en comunicación, tal y como se desprende leyendo su última carta³ al director, publicada en *Cirugía Española* bajo el título «Importancia de la comunicación oral efectiva en la presentación de resultados científicos». En ella aportan varias matizaciones sobre un artículo de comunicación muy interesante⁴. De todo lo que exponen, nos gustaría resaltar la última frase del texto, en la que dicen que no hay que dar solamente información sesgada que puede orientar el juicio en una u otra dirección. A nuestro modo de ver, parecen contradictorias sus enseñanzas con sus hechos. Como seguramente sabrán bien nuestros compañeros cirujanos, en nuestro trabajo debemos separar continuamente el trigo de la paja, atendiendo en muchas ocasiones procesos muy poco evolucionados. En una consulta habitual de atención primaria, la patología anal no es de las más prevalentes, pero tampoco es infrecuente. Los procesos más comunes relacionados con ella acostumbra ser las hemorroides^{5,6}, el prurito anal⁷, las fisuras, las fistulas y la incontinencia⁸. Nuestra función de *gatekeeper* en el sistema sanitario exige un buen nivel resolutivo

y efectividad en esta labor de cribado, esencial para la eficiencia del sistema. Son sólo los casos más excepcionales y complicados los que acaban siendo atendidos en una consulta especializada de cirugía, y creemos que por ello los autores tienen esa falsa impresión de alta morbilidad en lo que respecta a ciertas afecciones específicas de ciertos pacientes atendidos en la atención primaria. El programa de formación de los médicos de atención primaria se realiza en gran parte en departamentos y centros hospitalarios, para aprovechar el sesgo de selección epidemiológica como herramienta docente.

Aprovechamos para animar a los autores a que investiguen y publiquen sobre el tema, puesto que en la literatura no abunda la información de calidad basada en la evidencia y seguro que de su conocimiento nos podríamos beneficiar muchos.

Jorge Soler-González,

David Riba Torrecillas

y Antonio Rodríguez-Rosich

Médicos de Familia. Región Sanitaria de
Lleida. Lleida. España.

1. Tizón JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria*. 2007;39:93-7.
2. Leon-Sanromà M. El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Aten Primaria*. 2007;39:451.
3. Turabián JL, Pérez-Franco B. Aprendiendo a hacer tratamiento contextual en medicina de familia: explorando un territorio desconocido y poderoso. *Tribuna Docente*. 2005;(2):47-58.
4. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros básicos; 1961.

Palabras clave: Gangrena de Fournier. Tratamiento de la fascitis necrosante perianal. Desbridamiento quirúrgico.

1. Campillo-Soto A, Del Pozo P, Andrés-García B, Aguayo-Albasini J. El médico general como «factor de riesgo» de la gangrena de Fournier. *Aten Primaria*. 2007;39:447.
2. Fajdic J, Bukovic D, Hrgovic Z, Habek M, Gugic D, Jonas D, et al. Management of Fournier's gangrene – report of 7 cases and review of the literature. *Eur J Med Res*. 2007;12:169-72.
3. Campillo-Soto A, Flores-Pastor B, Martín-Lorenzo J, Aguayo-Albasini J, Carrillo-Alcaraz A. Importancia de la comunicación oral efectiva en la presentación de resultados científicos. *Cir Esp*. 2007;82:56-7.
4. Materola C, Pineda V, Vial M, Grande L. ¿Cómo presentar los resultados de una investigación científica? I. La comunicación oral. *Cir Esp*. 2007;81:12-7.
5. Alonso-Coello P, Castillejo MM. Office evaluation and treatment of hemorrhoids. *J Fam Pract*. 2003;52:366-74.
6. Zuber TJ. Hemorrhoidectomy for thrombosed external hemorrhoids. *Am Fam Physician*. 2002;65:1629-32.
7. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A, Rappacini A, Tiradritti L. Pruritus ani. *Dermatol Ther*. 2005;18:355-62.
8. Wald A. Clinical practice. Fecal incontinence in adults. *N Engl J Med*. 2007;356:1648-55.